FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1930 — N° 34

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

par

Charles-André-Georges MUNIÉ

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 30 Novembre 1903, à Troyes (Aube)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE

L'INFLUENCE DE LA GESTATION SUR L'ÉVOLUTION DES TUBERCULOSES OSTÉO-ARTICULAIRES GANGLIONNAIRES ET CUTANÉES

TRAVAIL DE LA CLINIQUE BAUDELOCQUE

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

1930

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1930 — N° —

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

par

Charles-André-Georges MUNIÉ

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 30 Novembre 1903, à Troyes (Aube)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'INFLUENCE DE LA GESTATION SUR L'ÉVOLUTION DES TUBERCULOSES OSTÉO-ARTICULAIRES GANGLIONNAIRES ET CUTANÉES

TRAVAIL DE LA CLINIQUE BAUDELOCQUE

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

—

1930

LE DOYEN..... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON ACHARD Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET HARTMANN LEJARS GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE BRINDEAU JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.
Clinique de la tuberculose	L. BERNARD.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiâtrie.
BIET	Physiologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI	Neuro-psychiâtrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (Fernand)	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirugicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique obstétricale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
LÉRI	Clinique médicale.
METZGER	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLE	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Monsieur le Professeur SERGENT

Monsieur le Professeur DELBET

Monsieur le Professeur CARNOT

Monsieur le Professeur COUVELAIRE

Monsieur le Docteur CAUSSADE

Monsieur le Docteur SAINTON

Monsieur le Docteur TOUPET

Monsieur le Docteur LAPOINTE

Monsieur le Docteur DAUSSET

A Monsieur le Docteur BLAISE

Ancien interne des hôpitaux de Paris
Ancien aide d'anatomie à la F. M. P.
Chevalier de la Légion d'Honneur

A LA MEMOIRE DE MON ARRIERE-GRAND-PERE

le Docteur Charles CHARBONNEL

Qui fut le précurseur de la thérapeutique de la tuberculose par la récalcification (thèse de Paris du 29 avril 1844).

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MON FILS

A TOUS MES AMIS

A Monsieur le Professeur A. COUVELAIRE

Professeur de clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait le très grand honneur d'accepter d'être mon président de thèse.

Témoignage de profond respect et de reconnaissance.

A MON PREMIER MAITRE

Monsieur le Professeur Emile SERGENT

Professeur de Clinique Propédeutique à la Charité
Médecin des Hôpitaux
Commandeur de la Légion d'honneur

Eternelle reconnaissance.

A Monsieur le Docteur SAINTON

Médecin des hôpitaux de Paris

A Monsieur le Docteur DESNOYERS

Accoucheur des Hôpitaux de Paris

A Monsieur le Docteur LACOMME

Ancien chef de clinique à la Faculté

Pour les conseils qu'il me prodigua sans compter pendant la préparation de cette thèse.

INTRODUCTION

Pendant notre séjour à la clinique Baudelocque, nous avons observé quelques cas de tuberculose osseuse évoluant au cours d'une gestation, ou immédiatement après.

Nous avons voulu nous rendre compte de l'état actuel de la question : nous avons ouvert nos livres de chirurgie et d'obstétrique; nous n'y avons rien trouvé de précis.

C'est alors que nous avons dépouillé les observations des femmes qui, de 1922 à 1929 inclus, ont accouché à la Clinique Baudelocque et qui ont été atteintes de tuberculose ostéo-articulaire, soit avant toute gestation, soit au cours de celle-ci.

Nous y avons joint les cas d'adénite bacillaire et de lupus. Nous nous sommes vite aperçu, en effet, que ces différentes affections présentent la même allure, et peuvent être étudiées dans le même cadre.

Sur plus de 19.000 observations de femmes qui sont

venues accoucher, 122 sont relatives aux tuberculoses locales (1) et parmi celles-ci, il y a :

106 tuberculoses ostéo-articulaires, comprenant :
- 30 Maux de Pott.
- 54 Coxalgies.
- 10 Tumeurs blanches du genou.
- 4 Tumeurs blanches du cou-de-pied.
- 2 Ostéites costo-sternales.
- 1 Ostéo-arthrite du coude.
- 3 Cas à localisations multiples.
- 1 Sacro-coxalgie.
- 1 Ostéite d'un métatarsien.

et d'autre part,
- 12 Adénites, et
- 4 Lupus.

Nous n'avons retenu que les observations qui ne comportaient aucun doute sur la nature tuberculeuse de l'affection.

L'étude de ces observations permet de les répartir en 3 groupes :

1° Les tuberculoses qui n'évoluent pas du tout.

2° Les tuberculoses qui évoluent localement.

3° Les tuberculoses qui se compliquent d'une évolution viscérale ou généralisée.

(1) Tout le long de cet ouvrage, nous désignerons fréquemment les tuberculoses osseuses, articulaires, ganglionnaires ou cutanées par l'expression tubeculose *locale*.
Nous ne prétendons attribuer à cette appellation aucune signification particulière. C'est une simple commodité de vocabulaire.

CHAPITRE PREMIER

TUBERCULOSES OSTEO-ARTICULAIRES, GANGLIONNAIRES OU CUTANEES, QUI N'EVOLUENT PAS, AU COURS DE LA GESTATION ET DE L'ACCOUCHEMENT

Ce sont les cas que nous avons rencontré, de beaucoup, le plus fréquemment.

Il y en a 98, au total, parmi lesquels 88 Tuberculoses ostéo-articulaires, dont

26 Maux de Pott,
48 Coxalgies,
8 Tumeurs blanches du genou,
3 Tumeurs blanches du cou-de-pied,
2 Ostéites costo-sternales,
1 Cas à localisations multiples.

et d'autre part,

7 Adénites,

et 3 Lupus.

Nous avons recherché si quelque caractère clinique permettait de prévoir, au début d'une gestation, cette absence d'évolution d'une tuberculose antérieure.

Nous avons examiné les points suivants :

1° *Influence de l'éloignement dans le temps de la fin de l'atteinte bacillaire et de la gestation. La parité.*

Dans 84 cas de tuberculose ostéo-articulaire, sur 88, l'affection s'était terminée 5 ans et plus avant la gestation immédiatement suivante.

Dans 2 cas, 2 ans avant : il s'agit des observations n° 2.430 de 1929 (dont l'atteinte primitive était grave) et 887 de 1929 (dont l'atteinte primitive était bénigne).

Dans 1 cas, 1 an avant (obs. 497 de 1928, atteinte grave).

Dans 1 cas, quelques mois avant (obs. 2.497 de 1927, atteinte grave, et tuberculose pulmonaire associée).

Les 7 cas de tuberculose ganglionnaire se sont tous terminés au moins 5 ans avant la gestation.

Les Lupus se sont terminés :

l'un plus de 5 ans avant la gestation,
un autre 3 ans avant
et un autre 1 an avant.

Sur les 98 femmes, il y a :

46 primipares.
26 secundipares.
13 femmes ayant eu 3 gestations.
7 » » 4 »
1 » » 5 »
1 » » 9 »
1 » » 10 »
1 » » 11 »
1 » » 13 »

2° *Influence de la gravité de l'évolution primaire de la lésion.*

L'atteinte locale a été :

42 fois de gravité faible.

48 fois de gravité moyenne.

8 fois grave.

Nous avons classé dans les cas de gravité faible, ceux dont l'évolution fut très localisée, brève, facile à juguler : telle une coxalgie, que 3 ou 4 mois de repos ont suffi à guérir par une bonne ankylose.

Dans ceux de moyenne gravité : les cas correspondant aux types classiques : telle une coxalgie qui dure de 1 à 4 ans, nécessite plusieurs plâtres, et s'accompagne d'un certain retentissement sur l'état général.

Enfin, dans les cas graves, nous comprenons ceux dont l'évolution a été traînante, avec abcès multiples, récidives, ou localisations différentes, interventions assez graves ou graves.

3° *Influence des lésions associées.*

D'autre part, les tuberculoses ostéo-articulaires ont été accompagnées :

8 fois de lésions pulmonaires bénignes, qui n'ont point évolué pendant la gestation (2).

1 fois de lésions pulmonaires graves, bilatérales, qui ont fait instituer un pneumothorax bilatéral. Pendant la gestation, la bacillose n'évolua en aucune façon, mais la femme ne put résister au choc obstétrical (3).

(2) Ce sont les obs. 572 de 1923; 846 de 1923; 728 de 1924; 1.534 de 1924; 2.327 de 1928; 437 de 1928; 459 de 1929 et 1.068 de 1929.

(3) Obs. 2.478 de 1927.

Les adénites se sont accompagnées 1 fois d'accidents pulmonaires bénins (4).

4° Conclusion.

Les tuberculoses osseuses, ganglionnaires ou cutanées, guéries avant la gestation, ne récidivent pas, au cours de celle-ci, dans la plupart des cas. Il est certain, que, bien souvent, la lésion est ancienne, et guérie depuis lontemps ; il est certain aussi que, fréquemment, ces tuberculoses n'ont pas évolué de façon sévère.

Mais il ne faut pas se hâter de généraliser.

Il y a des lésions dont la guérison est récente, et qui n'évoluent pas ;

Il y a des tuberculoses qui ont évolué de façon très grave, et qui ne bougent pas ;

Il y en a même, dont l'évolution fut grave, et la guérison récente, et qui restent silencieuses (5), mais il faut reconnaître que dans ce groupe les observations de ce type sont rares.

Obs. 1 n° 2352 de 1928 (Service général)

Primipare de 31 ans ; nombreuses manifestations tuberculeuses osseuses, ganglionnaires et pleurale. Mal de Pott lombo-sacré. Amputation de la cuisse gauche.

Dans les antécédents, on note l'éthylisme du père, le nombre élevé des collatéraux (13), dont 7 actuellement vivants et 4 prématurés.

La femme est née à terme, elle a été réglée à 15 ans,

(4) Obs. 2.352 de 1928.

(5) De ces faits rares nous pouvons apporter une remarquable observation.

pendant 1 an, régulièrement, puis aménorrhée de 8 ans. La menstruation a repris à 23 ans.

Les antécédents pathologiques ont été particulièrement chargés : cette femme a toujours été malade.

Elle aurait eu, jusqu'à 3 ans, des poussées de méningite, avec fièvre intermittente.

A 8 ans : scarlatine.

6 mois après : début des accidents tuberculeux.

A 8 ans : Elle présente des abcès froids, d'origine ganglionnaire certaine pour le cou, probable pour la face. Ce sont des abcès bilatéraux, se fistulant rapidement. L'enfant est envoyée à Berck, puis, au bout de 2 mois, revient à Paris, où elle est soignée soit dans des services de chirurgie, où on lui fait des grattages, soit dans des services de médecine. Les lésions mettent plusieurs années à se cicatriser.

A 14 ans : Impotence fonctionnelle et claudication légère de la jambe gauche, symptomatiques d'une tumeur blanche du cou-de-pied, que l'on diagnostique à l'âge *de 15 ans.* A cette époque, la marche reste possible. On observe des abcès froids périarticulaires, qui se fistulisent ; des débris osseux s'éliminent, et on pratique une amputation de jambe à 17 *ans.*

La malade reprend la marche, d'abord avec des béquilles, puis avec un pilon.

A 18 ans : Abcès au niveau de la partie inférieure du sein gauche.

A 20 ans : Tumeur blanche, avec abcès périarticulaire encore en évolution actuellement.

A 21 ans : Apparition d'une gibbosité au niveau de la partie inférieure de la colonne vertébrale, avec abcès au niveau des 2 articulations sacro-iliaques. Le gauche se fistulise. Le droit est guéri par ponction.

A 24 ans : Pleurésie purulente droite, empyème spontané à la partie postéro-inférieure de la cage thoracique. Fistule persistant pendant 1 an. En même temps, abcès de la partie inféro-externe de la jambe droite, à 5 cm. au-dessus de l'articulation.

A 22 ans : Tumeur blanche du genou gauche. Amputation de la cuisse. La femme marche depuis avec une jambe artificielle.

De 22 à 31 ans : Les manifestations tuberculeuses semblent s'être un peu atténuées. Il ne reste plus en évolution que des abcès périarticulaires au niveau du coude droit. Ils sont encore en traitement, par ponctions, rayons ultra-violets, radiothérapie. La malade a suivi ces traitements jusqu'à il y a 5 mois.

Gestation. — La gestation actuelle a été très bien supportée.

A l'examen, on retrouve les traces de toutes les affections que nous venons de mentionner : cacatrices adhérentes des régions parotidiennes, jugales, carotidiennes inférieures, et hyoïdiennes.

Cicatrice quasi-linéaire au niveau du sein gauche.

Cicatrice d'empyème à la partie inférieure de l'hémithorax droit.

Cyphose lombo-sacrée, étendue de la 5e lombaire à la 2e sacrée. Cyphose courte, de rayon moyen. Très légère lordose lombaire de compensation. Cicatrice large au niveau de la sacro-iliaque gauche, adhérente aux plans profonds. A droite, masse arrondie du volume d'une noix, non douloureuse.

Cuisse gauche : amputation au tiers moyen.

Membre inférieur droit : cicatrice adhérente au péroné, à 5 cm. au-dessus de la malléole.

Coude gauche : cicatrice à deux travers de doigt au-dessus du pli du coude.

Abcès froids péri-articulaires.

Ganglions sus-épitrochléens.

Limitation de l'extension.

L'examen obstétrical montre l'existence d'un bassin en entonnoir.

Examen médical :

Ne permet de déceler aucun signe de bacillose pulmonaire. La femme a été, d'ailleurs souvent examinée à ce

point de vue, et les résultats ont été toujours négatifs.

Plusieurs réactions sérologiques ont été toujours négatives.

L'accouchement a eu lieu le 7 novembre 1927 :

Présentation du genou, grande extraction du siège, tête arrêtée et forceps sur tête dernière. Enfant, mort de 3.080 gr.

Les suites de couches ont été parfaitement normales.

CHAPITRE DEUXIÈME

TUBERCULOSES OSTEO - ARTICULAIRES, GANGLIONNAIRES ET CUTANEES, QUI ONT DEBUTE OU EVOLUE LOCALEMENT A L'OCCASION DE LA GESTATION.

Les observations qui entrent dans cette catégorie sont au nombre de douze. Nous les publions ci-dessous in-extenso :

Obs. 2 *n°* 1.600 *de* 1923 (*Service général*)

Primipare de 20 *ans atteinte de coxalgie.*

Antécédents héréditaires banaux : mère décédée à 27 ans, de cause inconnue, père vivant, bien portant. 3 collatéraux bien portants.

A 4 ans, quelques jours après une chute qui n'avait été suivie d'aucun trouble immédiat, l'enfant commence à boiter et à se plaindre.

M. Veau, aux Enfants-Assistés, fait le diagnostic de coxalgie droite et fait porter un appareil plâtré.

A ce moment, l'état général est bon, la croissance normale.

De 4 à 8 ans, l'enfant porte une série d'appareils plâtrés, qu'on change tous les 6 mois, après quelques jours d'extension continue.

De 5 à 6 ans, et en particulier pendant un séjour de 11 mois à Berck, l'enfant aurait eu un abcès de courte durée, dont on voit la cicatrice au-dessus de la crête

iliaque gauche, et qui semble sans relation avec la coxalgie droite.

Pas d'abcès péri-articulaire. Bon état général.

Pas de douleurs pendant toute la durée de l'immobilisation.

A 8 ans, l'enfant quitte son plâtre et cherche à marcher d'abord avec des béquilles, puis, rapidement, seule. Elle y parvient sans trop de peine.

Seules persistent une claudination très marquée, et des douleurs au niveau de la hanche, par intervalles.

Vers 9 *ans*, la marche est tout à fait facile, la claudication est très atténuée.

La gestation survient sans amener de modification notable au début.

Mais, au 7e mois, après la marche, et le matin au réveil, la malade ressent une douleur légère au niveau de la hanche droite, qui ne l'oblige pas à interrompre ses occupations.

Pas d'œdème, pas d'accentuation de la claudication.

A l'examen, on note un raccourcissement léger du membre inférieur (3 cm.) et une atrophie musculaire très nette à droite (8 cm.).

Il n'y a pas d'adénopathie inguinale.

L'accouchement est normal. L'enfant, de 2.830 gr., semble bien portant.

Suites de couches normales.

La femme quitte la clinique Baudelocque, le 16e jour, considérée, ainsi que son enfant, comme bien portants.

Obs. 3 *n°* 1.685 *de* 1923 (*Service général*)

Femme de 37 ans, ayant eu 5 gestations, atteinte d'un mal de Pott et d'un lupus.

Début à 2 ans, par une cyphose dorsale très marquée; soignée aux Enfants Malades; on n'a pas appliqué de plâtre.

A 7 ans, paraplégie pottique (?) fin et début brusques.

4 gestations antérieures :

1re en 1910, normale. L'enfant serait mort à 2 mois d'infection ombilicale (?).

2e, en 1911, suites de couches normales. Enfant bien portant.

3e, en 1913, suites de couches normales. Enfant bien portant.

En 1918, à la suite d'un épisode infectieux à allure grippale, apparaît un lupus, à la face antérieure du genou droit. Cet incident s'accompagne de troubles vésaniques ayant duré quelques mois.

4e, en 1920, accouchement prématuré, au 7e mois, affection pulmonaire aiguë, ayant le caractère d'une pneumonie; rétablissement rapide. Pendant la gestation, régression du lupus.

Pendant la gestation actuelle, on note une évolution du lupus vers la forme hyperthrophique. La face antérieure du genou, de la cuisse et de la jambe, la face externe du genou et de la jambe sont couverts de placards arrondis, large comme une petite lentille, rosés, surélevés, légèrement isolés, confluents par place. Sur la face antérieure du genou, on note des bourgeons de 3 à 5 mm., accolés entre eux, ayant par endroits tendance à la suppuration.

A la fin de sa gestation, la femme fait des accidents cardio-pulmonaires, qui obligent à pratiquer l'opération césarienne.

Dans les suites de couches, apparition de troubles vésaniques, entraînant le transport à Sainte-Anne.

Obs. 4 n°, 159 de 1924 (Service général)

Primipare de 25 ans. Mal de Pott.

Cette femme, depuis l'âge de six mois, n'a cessé de souffrir de la région dorsale. Une gibbosité apparaît en même temps, et ne cesse de s'accroître. La famille ne fait suivre *aucun* traitement à l'enfant.

L'évolution semble cesser à 17 ans.

D'autre part, la femme a toussé tous les hivers depuis sa tendre enfance. Elle séjourne à Paris depuis 1919.

Vers le 5e mois de la gestation, elle se plaint de douleurs dans la région de la gibbosité. On lui fait des applications de rayons U. V. (Sans résultat bien net).

Dans l'histoire clinique de cette malade, il faut noter des hémoptysies fréquentes, depuis 2 ou 3 ans, qui n'ont pas été influencées par la gestation, et la présence d'une sténose mitrale.

L'accouchement s'est passé normalement, donnant le jour à un enfant de 3.040 gr.

Mais la femme meurt le 18e jour des suites de couches, après avoir présenté un foyer d'hépatisation dans l'aisselle.

Obs. 5 n° 172 de 1925 (Service général)

Coxalgie gauche chez une primipare de 24 ans.

L'affection a débuté à 14 ans par des douleurs dans l'articulation coxo-fémorale gauche, qui augmentent progressivement, sans que la malade soit soignée énergiquement.

A 20 ans, les douleurs deviennent beaucoup plus intenses et l'impotence fonctionnelle presque complète; les mouvements actifs, en particulier, sont impossibles. On pratique alors l'extension continue, pendant 2 mois, puis l'enfant observe un séjour de 4 mois à Berck. Les douleurs diminuent, sans disparaître complètement.

Le début de la gestation est bien supporté, mais, au 8e mois, les douleurs s'accentuent.

La femme accouche à terme d'un enfant de 3.470 grammes, bien portant. Elle sort en assez bon état.

Lors de son séjour à la clinique, on a noté un raccourcissement réel de la jambe gauche de 2 cm., et une importante atrophie musculaire du membre inférieur.

Tous les mouvements passifs de l'articulation sont très fortement diminués.

La diminution est plus nette encore pour les mouvements actifs.

Obs. 6 *n°* 975 *de* 1925 (*Service général*)

Femme de 34 ans ayant eu 3 gestations. Sacro-coxalgie.

Rien de spécial dans les antécédents héréditaires ou collatéraux.

A 16 ans, en 1909, la femme accouche d'un garçon, nourri au sein, bien portant.

A 26 ans, la femme entre de nouveau en état de gestation; celle-ci se termine par un avortement de 3 mois en 1919. Un mois après, phénomènes infectieux. Abcès au niveau de la région parotidienne ; la température monte à 40°2. On pratique un curettage utérin : on ouvre l'abcès.

Rentrée chez elle, la malade souffre de la région lombo-sacrée. La marche est difficile et douloureuse, la femme garde le lit pendant 6 mois.

A ce moment, il n'y a pas de claudication, pas de douleur sciatique, pas d'abcès cliniquement apprécié, mais la pression de la région lombaire est douloureuse. La malade ne peut se coucher sur le côté droit.

L'état général est mauvais, la fièvre persiste.

Vers la fin de 1920, les douleurs se calment peu à peu; la femme peut travailler pendant l'année 1921, mais les douleurs lombaires ne disparaissent pas complètement.

En juillet 1922, une tuméfaction violette apparaît dans la région malade. Un abcès postérieur s'ouvre spontanément, dans un bain chaud. On débride l'abcès, mais la suppuration persiste.

En septembre, on pose le diagnostic de sacro-coxalgie, et on pratique une résection sacro-iliaque. La femme présentait alors un très mauvais état général.

Elle fait un séjour dans le Midi, et se réablit peu à peu.

En 1924, un nouvel abcès, de la même région, est ouvert à Lariboisière.

En 1925, la gestation est parfaitement supportée, et la femme accouche d'un enfant de 3.500 grammes bien portant.

Obs. 7 *n°* 1.441 *de* 1927 (*Pavillon des Tuberculeuses*)

Bacillose ostéo-articulaire à localisations multiples chez une primipare de 18 *ans.*

Début : à 15 ans, par apparition de divers foyers de tuberculose osseuse : genou et coude droits, pied gauche, poignet gauche.

La malade fait un séjour de 17 mois à Berck. A la suite de ce traitement, cicatrisation complète, et elle reprend son travail.

Un an après le départ de Berck, la gestation actuelle survient.

Réveil dès le début, par douleurs articulaires au poignet gauche, avec abcès. Abcès froid au talon gauche.

Tumeur blanche du genou droit, fistulisée.

La femme donne le jour à un enfant de 2.060 gr.

Suites de couches fébriles. La femme est passée chez M. le Professeur Pierre Delbet. Elle y reste quelques jours, et la poussée évolutive semble s'atténuer. Elle sort sur sa demande et ne donne plus de nouvelles.

Obs. 8 *n°* 1.620 *de* 1927 (*Pavillon des Tuberculeuses*)

Poussée d'adénite sous-maxillaire chez une primipare de 29 *ans.*

L'observation est très brève.

Rien de spécial dans les antécédents.

En 1917, apparition d'une adénite suppurée et opérée.

Bien portante jusqu'au 6e mois de sa gestation. A cette époque, une adénite sous-maxillaire gauche apparaît et se fistulise rapidement ; elle est traitée par radiothérapie chez M. le Professeur Lecène. La femme accouche d'un enfant de 4.250 gr., bien portant.

Obs. 9 *n°* 2.191 *de* 1927 (*Service général*)

Coxalgie chez une primipare de 27 *ans.*

Début de l'affection à 24 ans, traitée par repos et héliothérapie. Hémoptysie en juin 1925, avec poussée évolutive de tuberculose pulmonaire. Au début de la gestation, poussée de tuberculose pulmonaire, avec élévation légère de la température et présence de bacilles de Koch dans les crachats. Cette poussée évolutive dure presque jusqu'à la fin de la gestation, mais sans tendance extensive.

Au 6e mois, réveil de la coxalgie. Douleurs au niveau de l'articulation coxo-fémorale gauche.

On a voulu, à la Charité, appliquer une extension continue, mais la malade a refusé.

Accouchement et suites de couches normaux. Enfant de 3.420 gr., paraissant bien portant.

Obs. 10 *n°* 607 *de* 1928 (*Service général*)

Coxalgie gauche, chez une secundipare de 30 *ans.*

Début de l'affection à 4 ans 1/2. Soignée à l'Hôpital Trousseau, puis, plusieurs mois à Berck, où on applique un plâtre. Enfin extension continue jusqu'à 9 ans 1/2. L'évolution semble arrêtée depuis l'âge de 9 ans.

Une gestation antérieure, en 1924, bien supportée, s'est terminée par la naissance d'un enfant de 3.000 gr., bien portant.

Pendant la gestation actuelle, quelques douleurs dans la hanche sont apparues.

Au moment de l'entrée à la Clinique, on fait les *constatations* suivantes :

Pas de signes de rachitisme, ni au thorax, ni aux membres.

Le membre inférieur gauche, après correction de l'attitude vicieuse du bassin, est en rotation externe, abduction et flexion légère.

Il est raccourci de 2 centimètres ; la différence entre les circonférences des cuisses, prises au même niveau, est de trois centimètres.

L'articulation est *complètement* ankylosée.

Accouchement normal. Enfant de 3.200 gr., bien portant. On n'observe rien dans les suites de couches.

Obs. 11 (*n°* 2.335 *de* 1928) (Service général)

Adénite bacillaire évoluant à plusieurs reprises à l'occasion de plusieurs accouchements.

Cette femme n'a rien de spécial dans les antécédents. Elle n'a eu comme maladie d'enfance que la rougeole. Mais, à l'occasion de ses accouchements, elle a présenté des particularités pathologiques curieuses :

En 1921, alors qu'elle était à la fin de sa première gestation, apparaît une adénite cervicale bacillaire du côté droit, qui se fistulise. Elle accouche normalement d'un garçon de 3.160 grammes et le nourrit au sein, pendant 4 mois 1/2. Cet enfant est actuellement atteint d'adénopathie trachéo-bronchique.

Pendant l'allaitement, la femme a été traitée à l'hôpital Saint-Antoine, par des injections modificatrices, et des rayons ultra-violets. Après 5 mois d'évolution, cicatrisation.

Tout allait bien, quand en 1924, après un avortement au 5e mois, suivi de curettage, l'adénite se mit de nouveau à suppurer.

Un traitement par les rayons ultra-violets amène la résolution.

En 1927, la femme accouche d'un deuxième garçon, à terme, du poids de 2.910 grammes, nourri au sein pendant 2 mois, bien portant.

Après l'accouchement, nouvelle adénite, fistulisation, et cicatrisation rapide.

En 1928, accouchement à la clinique Baudelocque d'un enfant du sexe féminin de 2.810 gr., bien portant.

La femme a quitté la clinique en bonne santé, pas de signes pulmonaires, pas de signes d'adénite dans les suites de couches immédiates.

Nous avons cherché à retrouver la femme ; nous lui avons écrit à trois reprises, mais nous n'avons reçu aucune réponse. Nous ne savons donc malheureusement pas si la quatrième gestation a été ou non suivie d'une poussée d'adénite bacillaire.

Obs. 12 (*n°* 1.557 *de* 1929) (Service général)

Adénite cervicale chez une primipare de 23 ans.

Début à 4 ans 1/2. Suppure continuellement jusqu'à l'âge de 9 ans ; de 10 à 20 ans, tous les ans, au printemps, tuméfaction sans élévation de température, ni suppuration.

Au 5e mois de la gestation, abcès ganglionnaire ouvert, évacué et guéri sans fistule.

Accouchement normal. Enfant de 2.170 grammes, bien portant.

La femme reste bien portante, pas d'évolution.

Obs. 13 (*n°* 2.579 *de* 1929) (Service général)

Hydarthrose tuberculeuse du genou gauche, survenue chez une primipare de 22 ans, pendant la gestation.

Il faut noter que, pendant un mois, la malade était, 2 heures environ, chaque jour, au chevet d'une de ses sœurs, morte vers le mois de juin, de tuberculose pulmonaire.

Vers le 3e mois de la gestation, un point de côté très marqué apparaît à droite ; il s'accompagne d'accès de dyspnée très intense, le soir.

Le 15 août, au cours du 4e mois, des douleurs thoraciques apparaissent, avec dyspnée et asthénie. Puis la température monte à 38°5, pendant 8 jours. On pose le diagnostic de pleurésie de la grande cavité. Le 10e jour, une ponction ramène 500 cc de liquide citrin. La malade reste alitée 15 jours, et, vers le 30 août, elle reprend son travail. Elle n'a plus ni dyspnée, ni point de côté.

Le 20 septembre, le genou gauche se tuméfie, et devient très douloureux. La douleur provoque une impotence fonctionnelle à peu près complète. On fait le diagnostic d'hydarthrose. On institue un traitement de révulsion. L'épanchement se résorbe.

On dirige la malade sur la Maison Maternelle de Saint-Maurice, où elle ne reçoit aucun soin.

Le 10 octobre, elle vient consulter à Baudelocque.

Examen pulmonaire de M. le Docteur Lacomme :

Matité à la base droite, avec résistance au doigt. Abolition complète du murmure vésiculaire, au tiers inférieur. Pas de souffle. Le sommet droit respire mal. Quelques frottements à la base gauche.

Examen radioscopique :

Poumon gauche normal. Partie supérieure du poumon droit normale. Sinus droit complètement comblé. Opacité absolue de la base, limitée en haut par une ligne assez nette, à convexité supérieure.

Le 8 novembre : à cause de quelques pertes, sans intérêt, la malade entre à la clinique.

L'examen obstétrical montre une présentation du pôle céphalique, variété droite antérieure, où tout est normal.

L'état des poumons est resté sans changement

Le genou est tuméfié, surtout au-dessus de la rotule, un peu à gauche de la ligne médiane. Les saillies et les

méplats normaux sont encore visibles ; l'article a une forme globuleuse.

La peau a conservé sa coloration normale.

Au palper : On constate nettement que l'augmentation de volume est due à :

1° Une hydarthrose d'abondance moyenne, permettant la recherche du choc rotulien ;

2° Epaississement de la synoviale : les culs-de-sacs périrotuliens, en particulier le cul-de-sac sous-quadricipital, sont empâtés régulièrement, sans fongosités.

Pas de modification du squelette, ni du surtout musculot tendineux.

Aucun point douloureux osseux.

Pas de modification de la température locale.

Les mouvements d'extension ont conservé leur amplitude normale.

Ceux de flexion sont limités à 45° environ ; on provoque une légère douleur si on insiste.

Il existe une ébauche de mouvements de latéralité.

La mensuration montre l'importance de la tuméfaction (la circonférence du genou, mesurée au niveau du centre de la rotule est égale à 31 cm. à droite, 33 cm. à gauche), et l'absence d'atrophie musculaire (la circonférence du mollet est égale, des deux côtés, à 28 cm. ; celle des cuisses, mesurée à 20 cm. au-dessus de la tubérosité antérieure du tibia, est de 36 cm.).

Réaction ganglionnaire :

Les ganglions inguino-ruraux du côté gauche paraissent un peu plus volumineux que ceux du côté droit. Ils sont mobiles et indolents.

Radiographie :

Elle ne décèle aucune altération visible du squelette articulaire.

Le 25 novembre :

La malade est transportée à l'hôpital Cochin, pour y être plâtrée. Elle est examinée par M. le Docteur Oberlin, qui pratique une ponction. L'examen direct du liquide

montre la présence du bacille de Koch. Le diagnostic est donc : *Hydarthrose tuberculeuse.*

L'examen pulmonaire, pratiqué dans le service de M. le Docteur Pissavy, montre l'absence de lésions pulmonaires évolutives.

Le 4 décembre, la femme accouche spontanément d'un garçon de 2.750 gr., le placenta étant de 450 gr.

Après l'accouchement, l'état de la malade était le suivant :

Appareil pulmonaire : Submatité de la base droite avec diminution du murmure vésiculaire. Aucun bruit adventice. Reste du champ pulmonaire normal. Poumon gauche normal. Articulation du genou : l'état paraît stationnaire.

Le 19 décembre, la femme est envoyée à Cochin. Son état reste stationnaire.

Le 10 janvier, elle quitte l'hôpital.

Au 6 mai 1930, son état s'était un peu amélioré, mais l'impotence fonctionnelle était encore très marquée. Elle suivait un traitement par injections intra-musculaires d'huile iodée.

Nous avons étudié les observations de ce chapitre avec la même méthode que celles du chapitre précédent.

Mais nous sommes en présence d'un élément de plus : l'apparition possible de l'évolution tuberculeuse locale pour la première fois *pendant* une gestation.

I° Tuberculoses a début antérieur a la gestation

(Il y en a 9 de cette catégorie)

1° *Influence de l'éloignement dans le temps de la fin de l'évolution tuberculeuse. — Les gestations intermédiaires.*

La manifestation tuberculeuse initiale voit son évolution se terminer :

5 fois plus de 5 ans avant toute gestation (obs. 2, 4, 5, 8, 10). (Les obs. 2, 4, 5 et 8 ont trait à des primipares. Il n'y a donc pas de gestation entre l'atteinte initiale et la gestation où la lésion locale s'est réveillée. L'obs. 10 a trait à une secondipare, dont la première gestation, précédant de 4 ans la deuxième, a été bien supportée.)

2 fois 3 ans avant (obs. 9 et 12) (elles ont toutes deux trait à des primipares).

1 fois 9 mois avant (obs. 7) (se rapportant à une primipare).

1 fois, sans interruption avant, pendant, et après la grossesse (obs. 3). Cette observation a trait à une quinquipare dont l'affection (un lupus) est apparue entre la 3e et la 4e gestation.

2° *Influence de la gravité de la lésion.*

L'atteinte primitive a été :

2 fois d'une gravité faible (obs. 3 et 8).

5 fois d'une gravité moyenne (obs. 2, 5, 9, 10 et 12)

2 fois d'une gravité marquée (obs. 4 et 7).

La gravité du réveil de la bacillose a été toujours faible, sauf une fois, où elle fut grave (obs. 7).

3° *Influence des lésions associées.*

La manifestation tuberculeuse primitive est restée isolée 7 fois (obs. 2, 3, 5, 7, 8, 10, 12), et, 2 fois, on trouve dans l'évolution une manifestation viscérale bénigne (obs. 4, 9).

II Tuberculoses débutant pendant la gestation, ou aussitot après

(Il y en a 3 de cette catégorie)

1° *Moment où elles apparaissent.*

Elles sont apparues :

1 fois, au 5e mois (obs. 13).

1 fois « vers la fin de la gestation », avec récidive à la gestation suivante (obs. 11).

1 fois, 1 mois et demi après un avortement (obs. 6).

2° *Gravité de la lésion.*

Elles ont été :

1 fois de faible gravité (obs. 11).

1 fois de moyenne gravité (obs. 13).

1 fois grave (obs. 6).

3° *Lésions associées.*

Une a été précédée de près d'une pleurésie séro-fibrineuse (obs. 13).

Conclusion.

1° Les tuberculoses locales, dont l'évolution reprend au cours de la gestation sont en général des tuberculoses bénignes, dont l'évolution est restée silencieuse depuis longtemps. Mais assez souvent, beaucoup plus souvent que les tuberculoses restées inactives, elles sont assez graves ou même graves, et de guérison plus récente.

2° Les tuberculoses locales, dont l'évolution commence pendant ou immédiatement après la gestation, sont absolument exceptionnelles, et d'après nos documents, paraissent comporter un pronostic plutôt réservé.

CHAPITRE TROISIEME

TUBERCULOSE OSTEO-ARTICULAIRES, GANGLIONNAIRES ET CUTANEES, SE COMPLIQUANT, AU COURS DE LA GESTATION, D'ACCIDENTS VISCERAUX OU GENERALISES

Nous avons divisé ces observations en deux catéries :

Dans la première, nous classons les femmes atteintes avant la gestation de tuberculose locale et de bacillose viscérale concomitantes, chez qui, au cours de la gestation, les localisations viscérales poursuivent, reprennent ou accélèrent leur évolution, devenant prédominantes au point de faire oublier les lésions locales. Pratiquement ce sont des tuberculoses pulmonaires et elles se comportent pendant la gestation comme des tuberculoses pulmonaires.

Nous avons rangé 9 observations dans cette classe.

Dans la deuxième, nous classons les femmes atteintes avant la gestation de tuberculose ostéo-articulaire, ganglionnaire ou cutanée *simple*, chez qui, au cours de la gestation survient une localisation viscérale nouvelle, ou une généralisation de la tuberculose. Nous y avons

joint 1 cas où, pendant la même gestation, apparaissent successivement, chez une femme antérieurement indemne de toute tuberculose, une localisation chirurgicale, et une généralisation bacillaire. Pratiquement, ces malades sont des tuberculeuses osseuses, dont la maladie paraît exclusivement locale, et chez qui, brusquement, se déclanchent des accidents généraux graves.

§ I. Observations de la première catégorie.

Obs. 14 *n°* 56 *de* 1922 (*Service général*)

Primipare de 30 ans, atteinte de tumeur blanche du genou bilatérale, et de coxalgie droite. Antécédents de bacillose pulmonaire.

Les deux tumeurs blanches ont évolué entre 12 et 18 ans. la coxalgie de 17 à 18 ans.

La tuberculose pulmonaire a débuté 7 à 8 mois avant la gestation.

Bon état, pendant la gestation, mais sueurs nocturnes au 8e mois.

Accouchement non compliqué. enfant de 4.440 gr., bien portant.

Réaction pulmonaire légère dans les suites de couches.

Pas de réveil des foyers osseux.

Obs. 15 *n°* 73 *de* 1922 (*Service général*)

Primipare de 26 ans, atteinte de pleurésie et de tuberculose d'un métatarsien.

La pleurésie a évolué à 15 ans.

Le 1er métatarsien gauche a été atteint de tuberculose osseuse à 20 ans. On a pratiqué deux interventions.

Pendant la gestation, légère évolution pulmonaire bacillaire.

Accouchement simple. Enfant de 2.900 gr., bien portant.

Pas de réveil de la tuberculose osseuse.

Obs. 16 *n°* 141 *de* 1922 (*Service général*)

Femme de 27 ans, ayant eu 3 gestations, atteinte d'adénite cervicale et de bacillose pulmonaire légère.

(Il faut noter que le mari, blessé du poumon a eu une hémoptysie et est considéré comme bacillaire).

A eu une adénite cervicale gauche à 17 ans, qui s'est fistulisée.

Aurait eu un lupus, qui serait apparu pendant l'allaitement du 1er enfant (?).

A eu une atteinte pulmonaire discrète.

Les deux premières gestations ont été, en somme, bien supportées.

Pendant la troisième, évolution pulmonaire discrète.

Pas d'évolution osseuse ou cutanée.

Obs. 17 *n°* 1.702 *de* 1925 (*Service général*)

Primipare de 25 ans, atteinte de tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne gauche et de bacillose pulmonaire.

La tumeur blanche est apparue à 3 ans ; elle a été plâtrée à 6 ans. La malade marche normalement jusqu'à 14 ans, puis est plâtrée de 14 à 17 ans.

Elle est atteinte de bacillose pulmonaire du sommet droit, depuis l'âge de 18 ans.

La gestation reste sans influence sur la tuberculose locale, mais la bacillose pulmonaire évolue dès le début de la gestation, puis s'arrête cliniquement. La malade continue cependant à expectorer des bacilles.

Accouchement normal. Enfant de 2.600 gr., paraissant bien portant.

Obs. 18 *n°* 1.280 *de* 1926 (*Service général*)

Primipare de 38 ans, atteinte de mal de Pott lombo-sacré.

Dans ses antécédents, on note la mort du père à 29 ans de tuberculose pulmonaire.

Le mal de Pott est soigné par le décubitus simple pendant 18 à 20 mois, puis par des appareils plâtrés.

A 29 ans, annexite tuberculeuse droite, castration et, à 32 ans, appendicectomie par M. le Professeur Lecène.

A 35 ans, la malade est envoyée dans un préventorium. On ne trouve pas de bacilles dans l'expectoration. La gestation actuelle est bien supportée.

En raison de la déformation du squelette, on est conduit à pratiquer une opération césarienne, qui est suivie d'hystérectomie.

Pendant l'opération, on constate des granulations tuberculeuses péritoniales.

Suites de couches : Normales.

Obs. 19 *n°* 234 *de* 1928 (*Pavillon des Tuberculeuses*)

Primipare de 22 ans, atteinte d'adénopathies cervicales et de tuberculose pulmonaire.

Les adénopathies cervicales datent de l'enfance ; elles semblent avoir été épisodiques.

La tuberculose pulmonaire, *bilatérale*, est en évolution depuis février 1926, entraîne un réveil des lésions d'adénite ancienne, au 3e mois ; la fistulation apparaît et persiste ; l'accouchement est mal supporté : Evolution de la tuberculose pulmonaire rapide et mort le 17e jour.

L'enfant est né en état de mort apparente et n'a pu être ranimé.

Obs. 20 *n°* 573 *de* 1928 (*Pavillon des Tuberculeuses*)

Secundipare de 19 *ans, atteinte de tumeur blanche du coude, et de tuberculose pulmonaire.*

A 7 ans, la femme a été atteinte d'ostéo-arthrite du coude gauche. Elle a été soignée 2 ans à Berck. Depuis l'âge de 16 ans, elle est atteinte de tuberculose pulmonaire, apparue 1 mois après sa première gestation.

Sa première grossesse s'est passée sans incidents, l'enfant, de 3.240 gr., est mort à 1 mois 1/2, de « troubles de la nutrition ». Puis on fait un pneumathorax à gauche.

La grossesse actuelle n'entraîne aucune évolution de la tuberculose ostéro-articulaire, mais la tuberculose pulmonaire se met à évoluer, atteignant le poumon droit. Enfant de 3.220 gr., assez bien portant.

Obs. 21 *n°* 655 *de* 1927 (*Pavillon des Tuberculeuses*)

Secundipare de 28 *ans, atteinte de mal de Pott cervical à* 24 *ans et de bacillose pulmonaire.*

Depuis bien longtemps, la malade souffrait dans la région cervico-dorsale.

Elle a été plâtrée 3 mois, puis on l'a mise dans un corset pendant 3 autres mois. Ensuite, elle a refusé tout autre traitement.

Elle a eu une première gestation à 25 ans, qui a débuté 9 mois après la fin de l'évolution du mal de Pott.

Au 2e mois de la gestation, légère évolution tuberculeuse pulmonaire.

L'accouchement n'entraîne aucune évolution. La femme allaite 3 semaines, puis tousse et crache. On observe plusieurs hémoptysies en 1924 et 1925.

Pendant la gestation actuelle, au 5e mois, apparition de lésions ulcéro-caséeuses du lobe supérieur droit, avec bacilles de Koch *nombreux* dans l'expectoration.

On fait un pneumothorax artificiel, qui enraye la

poussée évolutive. L'expectoration ne contient plus de bacilles.

L'accouchement spontané, près du terme, d'un enfant de 2.590 gr. n'entraîne aucune modification de l'état de la malade.

Pas d'évolution de la bacillose osseuse.

Obs. 22 *n°* 1.859 *de* 1928 (*Pavillon des Tuberculeuses*)

Primipare de 26 ans, atteinte de tumeur blanche du genou, de tuberculose pulmonaire et de laryngite tuberculeuse.

La femme a eu sa tumeur blanche du genou à 12 ans ; celle-ci a été plâtrée pendant 1 an, puis s'est un peu améliorée.

Cependant, à 18 ans, on a pratiqué la résection du genou.

La tuberculose pulmonaire et la laryngite tuberculeuse ont débuté à 24 ans.

La gestation n'amène aucun réveil des lésions ostéo-articulaires, mais la tuberculose pulmonaire évolue sévèrement et emporte la malade au 10e jour des suites de couches.

La femme avait mis au monde un enfant de 2.950 gr., paraissant bien portant.

§ 2. — OBSERVATIONS DE LA SECONDE CATÉGORIE

Obs. 23 *n°* 815 *de* 1927 (*Service central*) (*Chaussier*)

Primipare de 20 ans, atteinte de coxalgie ancienne, réveil au 4e mois. Accouchement prématuré au terme de 7 mois 1/2. Mort au 6e jour. Granulie.

A 3 ans, coxalgie gauche plâtrée pendant 1 an. Jusqu'à 7 ans, elle marche avec des béquilles. Elle quitte

ses béquilles, mais elle boite, et sa hanche reste douloureuse.

A 19 ans, elle est soignée à Lariboisière, pour une annexite droite. Elle avait depuis plusieurs mois des pertes blanches abondantes.

On institua un traitement par le Dmégon.

Un mois après, elle sort cliniquement guérie.

En février 1926, 6 mois avant le début de sa gestation, elle fait une adénite suppurée de la région sus-claviculaire gauche, qui fut traitée en ville par le drainage filiforme. La suppuration dura 1 mois.

Gestation actuelle :

Dernières règles : 12 août.

Gestation de 7 mois 1/2 environ, à son entrée, sans rien de spécial, sauf quelques traces d'albumine dans les urines.

Dès le mois de décembre, c'est-à-dire dès le 4e mois, elle avait ressenti des douleurs dans la hanche gauche.

De plus en plus gênée dans la marche, elle vit son impotence fonctionnelle devenir complète, et elle entre à la clinique Baudelocque le 25 mars.

L'état général n'est pas mauvais, mais la température oscille autour de 38°.

La douleur semble vive, et la malade paraît redouter tout mouvement.

A l'examen local, on est frappé par l'attitude du membre inférieur gauche ;

La cuisse est en rotation interne, et en adduction, fléchie sur le bassin. La jambe est assez fortement fléchie sur la cuisse.

Il n'existe pas de raccourcissement de la cuisse, mais le quadriceps et la fesse sont très atrophiés. Aucune cicatrice d'abcès froid.

L'articulation de la hanche est douloureuse. Il n'y a pas de douleur vraie spontanée, mais, par contre, la douleur provoquée par toute tentative de mobilisation, ou toute pression même légère dans la région de la hanche, est vive.

Par le toucher, on détermine une douleur nette, au fond de la cavité cotyloïde.

L'examen médical permet de déceler quelques signes fonctionnels de l'appareil respiratoire : toux et expectoration légères, depuis un mois. Pas de bacilles de Koch.

Mais on ne trouve aucun signe stethoscopique anormal.

En présence de ces symptômes, le diagnostic d'arthrite n'est pas douteux, mais l'étiologie de cette arthrite reste difficile à préciser.

L'atteinte tuberculeuse, vieille il est vrai de 17 ans, n'est pas douteuse, et la suppuration ganglionnaire de la région sus-claviculaire, remontant à 1 an environ, peut faire penser que la tuberculose reste menaçante. Mais, par ailleurs, l'expectoration n'est pas abondante et ne contient pas de bacilles ; l'état général n'est pas mauvais ; l'épisode d'annexite remontant à 18 mois environ, traitée à Lariboisière par le Dmégon, les pertes blanches, rendent plausible l'hypothèse d'une affection gonococcique évoluant sur une articulation déjà malade.

Le diagnostic à ce moment reste en suspens.

Cependant l'état s'aggrave. 5 jours après son entrée, la femme voit sa température monter à 39°3, et l'ascension du pouls est plus importante encore, puisqu'il atteint 130. Mais 48 heures plus tard, une sédation survient, sans que, cependant, la température descende au-dessous de 38°. Elle oscille pendant 4 jours entre 38° et 39°, tandis que le pouls se maintient entre 110 et 124. Malgré cette sédation, l'état général ne s'améliore pas ; les pommettes sont de teinte rouge, un peu cyanotique ; un peu de dyspnée, non expliquée par l'auscultation, un certain degré d'amaigrissement commence à donner des inquiétudes. Localement les symptômes restent identiques ou s'améliorent un peu.

Prématurément, 11 jours après son entrée dans le service, à 7 mois 1/2 de gestation, le travail se déclanche. Il est rapide. L'accouchement a lieu 6 heures 30 après, spon-

tanément, mais le fœtus pèse 1.630 gr. et meurt dans les 24 heures.

Dès le lendemain de l'accouchement, l'état général s'aggrave. La température est au-dessus de 39°. Le pouls à 140. Il existe une dyspnée intense : polypnée superficielle de rythme régulier. Le faciès est blafard, mais les pommettes, les lèvres sont cyanosées. Les ongles sont franchement bleus. L'auscultation du cœur ne montre rien d'anormal. L'auscultation des poumons ne montre que quelques râles disséminés aux 2 bases. Du côté de l'abdomen, on note seulement un météorisme assez accentué, sans douleurs, sans contracture. L'utérus est normal ; les lochies ne présentent rien de spécial. Aucun signe méningé. Les phénomènes asphyxiques, associés à l'état douloureux persistant de la hanche font penser à une granulie.

Dans les jours qui suivent, les signes généraux deviennent de plus en plus graves. La température oscille entre 39° et 41°. Le pouls monte d'une façon progressive. La mort survient par asphyxie, 6 jours après l'accouchement.

Autopsie du 13 avril par M. le Docteur Desnoyers

L'ouverture de l'abdomen montre la distension des anses intestinales, mais sans rougeur ni épanchement.

Il n'existe aucun liquide dans l'abdomen.

Aucune granulation n'est décelable ni sur le péritoine viscéral ni sur le péritoine pariétal.

Il existe seulement, au niveau du petit bassin, une adhérence péritonéale lâche entre l'ovaire gauche et le côlon sigmoïde sans lésions apparentes ni de la trompe ni de l'ovaire.

Ablation des organes de l'abdomen.

Le foie est de volume normal. Sa couleur, en surface et à la coupe est pâle : foie gras.

Rien d'anormal au niveau des reins et des surrénales. Rate sans lésions apparentes.

L'utérus est d'aspect normal. A la coupe, il existe seulement quelques traînées de fibrine, adhérentes à l'aire placentaire. Pas de fétidité.

Organes thoraciques :

Le péricarde ne présente aucune granulation, mais il semble que la quantité de liquide péricardique est plus abondante que normalement.

Pas de lésions du cœur. Les valvules sont intactes. Dans les plèvres, existe, tant à droite qu'à gauche, un épanchement peu abondant, mais notable, de couleur hématique.

De nombreuses granulations se remarquent sur les plèvres, sur le feuillet viscéral surtout. Il y a des adhérences lâches entre les 2 faces.

A la coupe, les 2 poumons, surtout le gauche, sont complètement infiltrés de granulations tuberculeuses, extrêmement nombreuses, confluentes. Il existe, au niveau des 2 sommets, 2 cavernules, à gauche et à droite, du volume d'une petite lentille.

Ces petites spelunques sont limitées par une coque peu épaisse, ce qui semble indiquer qu'elles sont de formation récente. Elles sont remplies, l'une de matière caséeuse, les autres de liquide purulent.

L'examen du cerveau, et en particulier de sa base, fait avec le plus grand soin, ne montre aucune granulation, aucune lésion.

La hanche est mise de côté, pour être conservée au Musée Varnier.

Obs. 24 n° 1.125 de 1927 (Service central)

Paraplégie pottique chez une primipare de 18 ans, apparue au 8e mois d'une gestation. Décès par méningite tuberculeuse.

En 1926, la femme a une pleurésie séro-fibrineuse gauche, accompagnée de poussées thermiques, et d'amaigrissement. Elle a été hospitalisée à l'hôpital Tenon, pen-

dant deux mois et demi ; on pratique trois thoracentèses, séparées par quinze jours d'intervalle. L'examen radioscopique décèle un voile du sommet gauche ; l'analyse bactériologique des crachats ne permet pas de constater la présence du bacille de Koch.

Depuis qu'elle a quitté l'hôpital Tenon, elle semble s'être à peu près bien portée.

Histoire de la gestation actuelle (*Dernières règles* 16-20 *août*).

Dès la fin de septembre, la malade accuse une douleur de la partie inférieure de la colonne dorsale, qui apparaît surtout dans les mouvements d'abaissement et de redressement du tronc.

D'autre part, vers le deuxième mois, débutent des douleurs à type radiculaire, en ceinture, siégeant à la base du thorax.

Pendant le quatrième mois de la gestation, apparaissent des troubles de la marche : il s'agit de sensation de lourdeur des membres inférieurs, de difficulté à monter les escaliers, et de dérobement des jambes. Ces troubles augmentent progressivement ; 15 jours après leur apparition, la malade ne peut marcher que soutenue par des cannes ; un mois après le début, la marche est devenue absolument impossible : la malade reste confinée au lit.

C'est à ce moment, c'est-à-dire au cinquième mois de sa gestation, alors qu'elle n'avait été vue par aucun médecin, qu'elle est hospitalisée à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le Professeur Besançon.

Quelques jours après son admission à l'hôpital, apparaissent des troubles sphinctériens, surtout de l'incontinence.

On pratique divers examens : réaction de Bordet-Wassermann dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ; ces réactions donnent un résultat négatif.

L'analyse du liquide céphalo-rachidien montre 1 lymphocyte par champ, et ne permet pas de déceler d'éléments microbiens. Le dosage de l'albumine donne : 0,22.

Des radiographies montrent l'existence d'un flou au niveau des 4e, 5e et 6e dorsales, et d'un pincement des disques intervertébraux correspondants.

La malade reste hospitalisée à Saint-Antoine du 7 février au 20 avril, date à laquelle elle est transportée à la clinique Baudelocque.

Examen de la malade :

L'examen médico-chirurgical fait constater :

1° Une paraplégie spasmodique.

2° Une gibbosité dorsale supérieure.

1° *Paraplégie spasmodique.*

Troubles moteurs : Disparition de toute motivité volontaire.

Troubles réflexes :

a) Tendineux : exagérés aux deux membres inférieurs. La recherche du réflexe achilléen donne une réponse polycinétique, déterminant à la fois un réflexe vif, et une trépidation épileptoïde. Pas de clonus rotulien.

b) Cutanés : Signe de Babinsky bilatéral.

c) Réflexes de défenses : Très nets.

Le pincement de la peau et la piqûre profonde déterminent au niveau des membres inférieurs un retrait par triple flexion du membre. La piqûre au niveau de la région abdominale antérieure détermine un retrait de ladite paroi.

La *limite supérieure* de ces réflexes de défense siège sur une ligne oblique dont les extrémités sont situées : à gauche, 5 cm. au-dessus d'une ligne passant par l'ombilic ; à droite, 5 cm. au-dessous d'une même ligne.

Troubles sensitifs :

Pas de troubles de la sensibilité subjective.

La sensibilité objective seule est atteinte.

La sensibilité superficielle au tact, à la piqûre, à la température a disparu complètement au niveau des membres inférieurs, et de la paroi abdominale antérieure. La

limite supérieure siège sur une ligne horizontale passant environ à 5 cm. au-dessous de l'appendice xyphoïde.

Elle a disparu incomplètement au niveau du dos, où la sensibilité superficielle ne réapparaît normalement qu'à la hauteur de la dixième dorsale, environ.

La sensibilité profonde est abolie.

Perte de la sensibilité osseuse.

Perte du sens stéréognosique.

Troubles sphinctériens :

Incontinence du sphincter anal et du sphincter vésical.

Troubles trophiques :

Escharre fessière droite, datant de 15 jours, de petites dimensions.

2° *Gibbosité pottique.*

Gibbosité angulaire et médiane, de petit rayon, au niveau des 4, 5 et 6e dorsales.

A ce niveau, douleurs spontanées et provoquées par une pression légère.

L'examen des autres organes donne un résultat négatif.

Au point de vue obstétrical, la malade dit avoir perçu des mouvements actifs, vers le 4e mois 1/2 de sa gestation. Elle les a perçus pendant un mois, c'est-à-dire jusqu'à l'installation de sa paraplégie. Elle n'a plus alors perçu que des mouvements passifs, en posant sa main sur l'abdomen.

Les diverses méthodes d'exploration permettent de conclure qu'on se trouve en présence d'une primipare âgée de 18 ans, au terme de 8 mois, environ, présentant un mal de Pott dorsal supérieur, siégeant au niveau des 4e, 5e et 6e vertèbres dorsales, non traité, dont les premières manifestations cliniques ne sont pas antérieures à l'état de gestation.

D'autre part, cette malade présente une paraplégie spasmodique, apparue au 4e mois. Il semble que cette

paraplégie soit due à un abcès froid intra-rachidien, étant données :

L'apparition précoce ;

L'installation rapide ;

L'intensité de la paraplégie.

Cet abcès, d'ailleurs, d'après les déterminations de la limite supérieure des réflexes de défense, et de la limite supérieure de l'anesthésie, semble avoir fusé plus bas que les vertèbres lésées, c'est-à-dire aux niveaux de D 8 à D 11.

Le 5 mai 1927, accouchement.

La malade ne perçoit aucune douleur. Son travail n'est annoncé que par la rupture des membranes. Au moment de cette rupture, la dilatation est complète. La tête est en OIGA.

Aucun effort expulsif. Application de forceps. Extraction d'un enfant de 3.490 gr. qui s'élève facilement, sans incident.

Dans les suites de couches, la température s'élève dès le lendemain de l'accouchement au-dessus de 38°. Puis température oscillante entre 39 et 40° du 5e au 9e jour entre 38° et 39° du 10e au 18e jour.

La femme est transportée à la Pitié le 23 mai. L'enfant pesait 3.600 gr.

Décédée le 5 juin à la Pitié, avec le diagnostic : Mal de Pott. Le service où elle est décédée nous a donné le renseignement : Morte par généralisation tuberculeuse.

L'enfant, à la sortie, était considéré comme bien portant.

Obs. 25 (*n°* 2.349 *de* 1927).

(Présentée à la Société d'obstétrique, le 9 janvier 1928, publiée dans la *Revue de Gynécologie et d'obstétrique* du 1er janvier 1929).

Foyers multiples de tuberculose osseuse. Méningite tuberculeuse au 8e mois de la gestation. Césarienne antemortem. Enfant atteint de tuberculose congénitale.

La malade âgée de 25 ans, primipare, ayant eu ses

dernières règles le 3 février 1927, entre à la clinique, en état de gestation de 7 mois 1/2 environ. Elle est admise parce qu'elle éprouve un peu de dyspnée d'effort, et des palpitations depuis le début du 6e mois, et que l'examen de ses urines montre une légère quantité d'albumine.

Ses antécédents héréditaires sont chargés. Son père est un alcoolique invétéré, et c'est lui qui est le procréateur de l'enfant qu'elle porte.

Elle a eu 16 frères et sœurs ; 6 sont vivants, et 10 sont morts en bas âge, sans qu'il soit possible de déterminer rétrospectivement les causes de leur mort.

Ses antécédents personnels montrent l'évolution presque ininterrompue de tuberculoses ostéo-articulaires diverses depuis l'âge de 3 ans, jusqu'à celui de 21 ans.

A 3 ans, survient un mal de Pott dorso-lombaire. La malade est envoyée à Berck un an plus tard, et plâtrée. Pendant 4 ans, elle reste étendue, et, pendant les 4 années suivantes de son séjour à Berck, elle est autorisée à marcher, mais reste toujours plâtrée.

Au cours de ces 8 années de séjour à Berck, survient un autre foyer tuberculeux, au coude droit. Pendant 3 mois, elle reste dans un appareil plâtré, puis des abcès multiples apparaissent, et, finalement, guérissent, mais son coude est complètement ankylosé.

Sortie de Berck à l'âge de 12 ans, son état de santé paraît satisfaisant jusqu'à l'âge de 19 ans.

A ce moment débute une coxalgie gauche. La malade continue cependant à marcher, pendant un an. Puis elle est admise de nouveau à Berck, et traitée par l'extension continue. Au bout de quelques semaines, on cesse l'extension. L'articulation est ankylosée en flexion et adduction. Cette attitude vicieuse est corrigée par une section des tendons adducteurs et une immobilisation par appareil plâtré dans une position plus correcte pendant 4 mois.

La femme sort de Berck à 22 ans.

Depuis cette époque, son état de santé, sans avoir jamais été excellent, était cependant relativement bon.

L'examen pratiqué le 26 septembre, à son entrée, confirme l'évolution sévère de tuberculose ostéo-articulaire.

Le mal de Pott a laissé une cyphose très accentuée, médiane, avec pincement des vertèbres de D1 à L2, entre deux lordoses de compensation sus et sous-jacentes. Aux points sallants de la cyphose, existent quelques cicatrices dues au plâtre. Cette cyphose a entraîné une déformation thoracique importante. Le thorax est très bombé en avant. Les dernières côtes sont à un travers de doigt de la crête iliaque.

La coxalgie a laissé une ankylose à peu près totale de l'articulation. Seuls persistent quelques faibles mouvements d'adduction. La cuisse gauche est atrophiée (différence de 4 cm). Le mollet présente même une différence de 2 cm. Il semble exister une luxation légère de la hanche ; le grand trochanter est à 2 cm. de la ligne de Nélaton-Roser, et la cuisse présente un raccourcissement réel de 3 cm.

La tumeur blanche du coude droit a laissé une articulation complètement ankylosée à angle droit. Des cicatrices d'abcès froids existent au niveau du 1/3 inférieur externe de l'humérus et au niveau de l'épicondyle. Le bras est considérablement atrophié (différence de 7 cm.) et même l'avant-bras (différence 2 cm.).

L'examen médical général ne révélait à l'entrée rien d'immédiatement menaçant. On notait seulement : un état général médiocre, une légère cyanose du visage et des extrémités, en particulier de la région sous-unguénale. Un peu de dyspnée persistante, malgré le repos au lit, et non soulagée par la position assise.

L'examen des poumons décelait quelques râles sous-crépitants, surtout à gauche, à la base.

Les battements du cœur étaient rapides, mais les bruits bien frappés et réguliers entre 110 et 120. Tension (Au Pachon) 13-9 1/2.

Urines un peu albumineuses, en quantité un peu faible : 800 gr. T° 37°, B.W. 00.

La gestation étant normale, cette malade fut considérée à ce moment avant tout comme une cyphotique présentant de légers troubles cardiopulmonaires, et un traitement par la digitaline fut institué.

Le 26 septembre, au soir, survient un point de côté gauche accompagné d'une dyspnée assez intense.

Le 5 octobre, survient brusquement une autre crise de dyspnée importante.

Le 6 octobre, l'attention est attirée par :

1° La température : 38°2 le soir, quelques crochets à 37°8. Des différences fréquentes de plus d'un degré entre la température du matin et celle du soir avaient déjà retenu l'attention dans les jours précédents ;

2° Le pouls qui, après s'être maintenu les 2, 3, 4 octobre à plus de 120, était devenu extrêmement instable, oscillant entre 100 et 120 ;

3° L'état général qui, loin de s'améliorer par le repos, paraissait décliner chaque jour, en même temps que survenait un certain état de prostation.

Il parut indispensable d'effectuer des examens complémentaires, pour déceler la nature de l'infection en évolution. On pratiqua :

1° Un examen des urines, qui montra des leucocytes et quelques coli-bacilles, mais un second examen fut négatif :

2° Un séro-diagnostic, qui fut négatif à l'Eberth aux para A et B.

Restait l'hypothèse d'une évolution tuberculeuse.

Le 10 octobre, la malade fut envoyée dans le service de M. le Professeur Léon Bernard, à Laënnec. Elle fut renvoyée le 13 octobre avec la mention : « Aucun signe de tuberculose pulmonaire, ni à l'examen clinique, ni à l'examen radiologique ; la recherche du bacille de Koch a été négative. »

Le 13 octobre, lorsque la malade revint de Laënnec, sa température était à 38°8, son pouls à 120.

Pour la première fois, elle accuse alors de la céphalée, d'abord continue et peu intense. Dans les jours suivants, la céphalée survient par crises d'une acuité extrême, pendant 4 à 5 minutes, arrachant des cris à la malade et s'accompagnant de raideur de la nuque. Pas de vomissements. On pense malgré tout à une méningite tuberculeuse.

L'examen du système nerveux ne montra à ce moment que des signes du côté des membres inférieurs, dont il était difficile de tenir compte, en raison du mal de Pott antérieur. Les réflexes rotulien et achilléen gauches sont normaux. Le rotulien droit est diminué, l'achilléen droit est aboli. Le réflexe cutané plantaire gauche est légèrement en extension.

Aucun signe de paralysie de la musculature externe de l'œil. Ponction lombaire impossible, en raison du mal de Pott.

On pratiqua alors un examen du fond de l'œil : musculatures intrinsèque et extrinsèque normales. Œdème papillaire bilatéral. Pas d'hyperhémie. Vaisseaux normaux. Diagnostic : hypertension du troisième ventricule. Ependymite et pie-mérite sub-aiguë probables.

Le 23 octobre, le diagnostic se confirmait par l'apparition de délire et de troubles psychiques, alternant avec de la torpeur.

Le 25 octobre, la femme entre en travail. La poche des eaux se rompt, alors que le col est en voie d'effacement. A ce moment, le délire devient très intense et prend la forme du délire de persécution. Il apparaît du strabisme à l'œil droit et du nystagmus horizontal. Des crises convulsives épileptiformes surviennent.

La mort paraissant pouvoir survenir brusquement, avant l'expulsion de l'enfant, on pratique, sans anesthésie même locale, une césarienne corporéale, sans incident.

L'enfant, extrait vivant, pèse 2.750 grammes, le placenta 560.

La malade mourut 48 heures après l'intervention, après avoir présenté, à plusieurs reprises, des crises convulsives épileptiformes, et sans avoir repris connaissance. A aucun moment de cette évolution, les foyers anciens de tuberculose ostéo-articulaire ne donnèrent de signes de réveil.

Autopsie. — Rien d'anormal du côté de l'abdomen. A l'ouverture de la cavité thoracique, on trouve des adhérences pleurales assez importantes. Des deux côtés, sur toute la hauteur des poumons, la plèvre est un peu épaissie.

Les bases des poumons sont congestionnées. Aux deux sommets existent de nombreuses granulations très serrées, les unes petites, les autres de la grosseur d'un pois ; quelques-unes sont en voie de fonte caséeuse.

Cœur petit, sans lésion orificielle.

Cerveau : rien d'anormal du côté de la convexité ; au niveau du chiasma optique, on trouve une infiltration œdémateuse importante, qui se prolonge vers les nerfs optiques ; on ne voit aucune granulation du côté de la base.

L'ouverture du cerveau montre les ventricules extrêmement dilatés, aussi bien le troisième ventricule que les ventricules latéraux. Ceux-ci, autant que le permet d'en juger la diffluence de la matière cérébrale, ont au moins 20 à 25 $^{m}/_{m}$ de hauteur, et leur capacité peut être évaluée au triple ou au quadruple de la normale. On peut dire qu'il existe une ébauche nette d'hydrocéphalie.

L'enfant est mort le dix-neuvième jour, après avoir présenté une hyperthermie légère et n'avoir pu reprendre son poids de naissance. Le diagnostic de tuberculose congénitale fut confirmé par l'autopsie qui montra une alvéolite pure, dont la nature bacillaire fut confirmée bactériologiquement. Les bacilles étaient nombreux également dans les ganglions du mésentère du hile du foie et de la rate. Des inoculations ont déterminé chez le cobaye des lésions tuberculeuses typiques.

Ici encore, nous avons employé la même méthode d'étude. Nous utilisons sensiblement les mêmes subdivisions.

I. Tuberculoses a début antérieur a la gestation.

Il y a 11 observations dans cette catégorie.

1° *Influence de l'éloignement dans le temps, de la fin de l'atteinte bacillaire locale et de la gestation. — Les gestations intermédiaires.*

Dans 8 observaions du § I, la fin de l'atteinte bacillaire chirurgicale remonte toujours à plus de 5 ans avant le début de la gestation suivante (obs. 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 et 22).

Dans 1 observation du § I, la fin de l'atteinte bacillaire remonte à 9 mois avant (obs. 21).

Parmi ces femmes, il y a 6 primipares (obs. 14, 15, 17, 18, 19 et 22), 2 secundipares (20 et 21) chez lesquelles les 2 grossesses n'ont pas agi sur la tuberculose locale, mais seulement sur la tuberculose viscérale.

1 tertipare (obs. 16), chez qui, seule, la 3e gestation agit sur la tuberculose viscérale.

Dans 2 observations du § II, elle se rencontre :

1 fois 3 ans avant (obs. 25).

1 fois 6 mois avant (obs. 23).

Ces deux femmes sont primipares.

2° *Influence de la gravité de la lésion locale primitive.*

Dans les observations du § I, l'atteinte primitive a été

1 fois bénigne (obs. 19).

6 fois de moyenne gravité (obs. 15, 16, 17, 18, 20 et 21).

2 fois grave (obs. 14 et 22).

Dans celles du § II, elle a été

2 fois grave (obs. 23 et 25).

3° *Influence des lésions associées.*

Dans toutes les observations du § 1, on note une atteinte viscérale antérieure à la gestation.

Evolution pulmonaire 8 fois (obs. 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21 et 22).

Dans un cas, évolution d'annexite bacillaire, qui donnera lieu à une poussée de péritonite légère pendant la gestation (obs. 18).

Dans aucune observation du § II, on ne trouve d'atteinte viscérale antérieure à la gestation.

4° *Fréquence de la récidive locale.*

La tuberculose osseuse, ganglionnaire ou cutanée, se réveille localement une fois dans la première catégorie (obs. 19).

Dans les 2 *cas* de la 2e catégorie, il y a évolution locale.

II. Tuberculoses débutant pendant la gestation ou immédiatement après

Il y a une observation dans cette catégorie (obs. 24)

Epoque d'apparition de la lésion locale.

Les premiers signes apparaissent au début du 2e mois.

Epoque d'apparition de la généralisation :

Dans les suites de couches.

Gravité de la lésion :

Très grave.

Lésions viscérales :

Pleurésie séro-fibrineuse l'année précédente.

Conclusions.

1° Les tuberculoses locales, qui se sont compliquées avant la gestation, de tuberculose viscérale, pulmonaire en particulier, voient assez souvent une de celles-ci évoluer à l'occasion de la gravidité.

Les femmes de cette catégorie doivent être considérées surtout comme des tuberculeuses viscérales, la lésion locale passant au second plan.

2° Les tuberculoses locales, antérieures à la gestation, qui, à l'occasion de celle-ci, récidivent et se compliquent de généralisation tuberculeuse, avaient été en général graves, et de guérison récente et précaire. Elles sont d'ailleurs absolument exceptionnelles.

3° Les tuberculoses locales qui, apparues pendant la gestation, chez des femmes antérieurement saines, se généralisent au cours de celle-ci, sont extraordinairement rares. Leur importance pratique est quasi négligeable.

CHAPITRE QUATRIEME

Discussion des faits. — Leur portée pratique.

Nous ne chercherons pas à résoudre le problème de savoir si la gestation détermine une aggravation, ou même simplement une tendance à l'aggravation des tuberculoses locales préexistantes. Nous avons, en effet, relevé des observations franchement contradictoires. Chez les unes des tuberculoses graves ont résisté à l'épreuve de la gestation. Chez d'autres, la gestation paraît entraîner une recrudescence de l'infection bacillaire. A côté de l'observation n° 11, où il semble que chaque gestation, avec la netteté d'une expérience de laboratoire, réveille les lésions d'adénites, nous plaçons l'observation n° 3, où un lupus régresse pendant une gestation, et prend une forme hypertrophique pendant une autre.

Nous n'insisterons pas sur cette question toujours discutable et discutée de l'aggravation de la tuberculose, qu'elle soit osseuse, cutanée ou pulmonaire, au cours de la gestation.

Des faits que nous avons réunis, nous chercherons seulement à dégager quelques données utiles au pronostic et à la thérapeutique.

Les question qui viennent alors naturellement à l'esprit sont, à notre avis, les suivantes :

1° *Une femme en apparence saine risque-t-elle beaucoup de voir apparaître, au cours d'une gestation, une tuberculose locale, compliquée ou non de généralisation ?*

Certainement non. Nous n'avons relevé que 4 cas de ce genre (sur plus de 19.000 obs). Ce sont les observations 6, 11, 13 et 24.

(Notons que, dans l'obs. 6, l'évolution est apparue après un avortement ayant entraîné une grave infection.)

Mais il est parfaitement possible que, la tuberculose locale étant apparue, on observe une généralisation mortelle (obs. 24).

2° *Une femme, atteinte antérieurement d'une tuberculose locale, risque-t-elle de voir l'affection récidiver, en cas de gestation ?*

A considérer les chiffres qui ont été cités, et ceux que nous allons donner, on serait tenté d'admettre que le risque est sérieux, et on l'estimerait entre 11 et 12 0/0.

Cette proportion serait certainement une erreur grossière. La présence à la clinique Baudelocque d'un *service spécial pour femmes tuberculeuses* augmente d'une façon excessive le nombre des formes graves évolutives, par rapport au nombre total, normal, de tuberculoses osseuses hospitalisées dans d'autres maternités.

Ces réserves faites, nous pouvons dire que, sur 118

cas de tuberculose antérieure à la gestation, 12 ont évolué à l'occasion de celle-ci.

Sur ces 12 cas, 1 a été grave localement (obs. 7), 2 ont donné lieu à une généralisation mortelle.

Tous les cas de tuberculose ganglionnaire ou cutanée qui ont récidivé, l'ont fait de façon bénigne.

3° *Dans quels cas le risque d'évolution au cours de la gestation existe-t-il ?*

Les éléments sur lesquels il semble logique de fonder un pronostic, *à priori*, sont au nombre de quatre :

a) La gravité de la bacillose antérieure.

b) Le temps qui s'est écoulé entre la fin de l'atteinte primitive et le début de la gestation suivante.

c) La façon dont la tuberculose a été influencée par les gestations antérieures.

d) L'état général de la femme.

Nous les discuterons successivement.

a) *La gravité de la bacillose antérieure semble avoir une certaine importance au point de vue pronostique.*

Si on compare les relevés des chapitres I, II et III on fait les constations suivantes :

Au point de vue de la gravité de l'évolution primaire :

Sur 44 cas de gravité faible, 3 ont évolué, tous trois de façon bénigne.

Sur 53 cas de gravité moyenne, 5 ont évolué, 5 fois de façon bénigne.

Sur 12 cas de gravité marquée, 4 ont évolué, 1 fois de façon bénigne, 1 fois de façon grave, 2 fois avec généralisation mortelle.

Et en particulier, sur 3 cas de très graves localisations multiples, 2 ont évolué, 1 fois de façon grave, 1 fois avec généralisation mortelle.

On peut donc dire que les tuberculoses primitivement sérieuses, évoluent plus fréquemment, et donnent lieu à des évolutions secondaires plus graves.

Nous signalons la relative fréquence et l'extrême gravité de l'évolution secondaire dans les cas à graves localisations multiples.

b) *Le temps qui s'est écoulé entre la fin de l'atteinte primitive et le début de la gestation suivante paraît aussi présenter une certaine importance pronostique.*

Parmi les 98 tuberculoses qui n'ont pas évolué, on trouve en majorité des formes guéries depuis longtemps, 92 s'étaient terminées plus de 5 ans avant la gestation.

1 s'était terminée 3 ans avant la gestation.
2 » 2 ans »
2 » 1 an »
1 » quelques mois avant la gestation.

Parmi les 12 qui ont évolué localement, on trouve une proportion légèrement plus importante de cas guéris depuis peu :

5 s'étaient terminées plus de 5 ans avant la gestation.
2 s'étaient terminées 3 ans avant la gestation.
1 » 9 mois avant la gestation.

1 continuait à évoluer au début de la gestation.

3 sont apparues pendant la gestation.

Parmi les 3 cas de tuberculoses ostéo-articulaires qui se sont généralisées :

1 s'était terminée 3 ans avant la gestation.

1 s'était terminée 6 mois avant la gestation.

1 est apparue pendant la gestation.

Il semble donc que les tuberculoses ont d'*autant plus* tendance à récidiver, et à récidiver gravement, *qu'il y a moins* de temps entre *la fin* de leur évolution primaire, et *le début* de la gestation.

c) *La façon dont la tuberculose a été influencée par la ou les gestations antérieures semble être un élément moins important.*

Cet élément ne peut donner qu'une appréciation vague et trompeuse ; les éléments dont nous disposons sont peu probants et mêmes discordants :

Il semble cependant qu'il soit rare qu'une gestation entraîne une évolution de la tuberculose locale quand une gestation antérieure a déjà été supportée sans déterminer aucun trouble.

Nous n'avons en effet qu'un exemple net où la tuberculose évolua pendant une seconde gestation, après être restée immobile pendant la première (obs. 10).

d) *L'état général de la femme, la façon dont elle semble se défendre en présence d'une récidive éventuelle ou présente, ne peut guère donner d'indication pronostique.*

Nous n'avons pas pu faire entrer cet élément pronostique dans les cadres d'une statistique. Rien n'est en

effet plus dépendant du coefficient personnel du clinicien que l'appréciation de l'état général d'une femme au point de vue de la défense de l'organisme vis-à-vis de la tuberculose locale. Et nous avions à comparer des observations prises par des médecins, qui, quoique soumis aux mêmes disciplines, et animés du même esprit, n'ont forcément pas de commune mesure. C'est pourquoi nous n'avons tenu aucun compte des renseignements de cette sorte.

Cependant, ceux qui ont une grande expérience clinique de la question ont l'impression très nette qu'on ne peut absolument rien prévoir en se fondant sur l'appréciation de l'état général de la femme. Toutes autres choses égales d'ailleurs, il y a des malades qui semble très faibles, très intoxiquées, qui ont une anémie marquée, et qui mènent leur gestation à bien, sans incident. D'autres au contraire, paraissent solides, florides même, et sont la proie des plus graves complications.

4° *Il nous reste à déterminer la conduite à tenir au point de vue thérapeutique.*

Une chose qu'il ne faut pas perdre de vue, tout d'abord, c'est que les femmes qui sont atteintes de tuberculose locale, et qui deviennent gravides, sont avant tout des tuberculeuses. C'est dire qu'on ne devra pas négliger les traitements médicaux, locaux et surtout généraux, et les traitements chirurgicaux.

Mais le traitement médico-chirurgical institué, il reste un élément sur lequel on peut être porté à agir : c'est la gestation elle-même.

A propos des tuberculoses locales, on devrait donc envisager l'opportunité d'une thérapeutique obstétricale, c'est-à-dire de l'interruption de la gestation.

Etudions la question de près :

I. *Que penser de l'avortement thérapeutique chez une femme dont la tuberculose locale s'est réveillée ?*

1° Il y a des cas où l'opportunité d'une interruption de gestation n'est posée par personne.

Ce sont :

a) Les cas très bénins, dont la récidive ne fait courir quasi aucun risque à la femme. Dans cette catégorie, nous rangeons les adénites et les lupus, et les tuberculoses ostéo-articulaires aux antécédents peu graves, et dont la poussée secondaire est discrète.

b) Les cas très graves avec généralisation (granulie ou méningite) : la partie nous semble perdue, et l'avortement serait évidemment inutile, on ne ferait que hâter la mort.

Dans cet ordre de faits, il y a cependant une thérapeutique obstétricale active, qui peut être indiquée lorsque l'enfant est viable, c'est l'extraction de l'enfant dès que le diagnostic de tuberculose aiguë est posé. L'enfant, en effet, court de grands risques de contamination tuberculeuse in-utéro. On a tendance, aujourd'hui, à admettre la fréquence de l'infection transplacentaire dans ces cas. Le procédé qui choque le moins la mère, et qui donne les plus grandes chances d'avoir un enfant vivant, c'est la césarienne sous anesthésie locale.

2° Certains cas peuvent donner lieu à discussion :

Ce sont : les cas de gravité moyenne. Ils semblent, à première vue justifier davantage l'avortement thérapeutique.

On serait tenté d'utiliser les mêmes arguments que ceux qui ont servi à étayer la doctrine de l'avortement thérapeutique facile en cas de tuberculose pulmonaire. Mais, déjà, dans ce dernier ordre de faits, les partisans de l'interruption fréquente de la gestation sont moins enthousiastes. Ils voient que beaucoup de malades chez qui l'avortement, selon eux aurait été indiqué, mènent leur gestation à terme, survivent, et guérissent.

La même remarque a une valeur encore plus manifeste dans les cas de tuberculose ostéo-articulaire de gravité moyenne.

On est en effet en présence d'une affection dont la récidive n'est, somme toute, pas très redoutable, infiniment moins, certainement, que pour la tuberculospe pulmonaire (rappelons que sur 53 cas de gravité moyenne, 5 seulement ont récidivé, et tous de façon bénigne). Pourquoi arrêter une gestation — ce qui entraîne une perte certaine — pour un risque si faible ?

D'ailleurs, cette épithète de « gravité moyenne » correspond bien à quelque chose de net en théorie. Mais en pratique, il en est tout autrement, et il est souvent bien difficile de dire si un cas est bien de « moyenne gravité », et ne devrait pas être classé dans la catégorie, soit des cas franchement graves, soit, au contraire parmi les cas bénins.

Enfin, il n'est pas du tout prouvé que l'avortement entraîne régulièrement une sédation de la récidive bacillaire. Et, en matière de tuberculose osseuse, l'éventualité contraire est sans doute possible (les observations 6 et 11 nous porteraient à le croire).

En résumé, la faiblesse du danger qui menace la mère, la difficulté pratique de la classification d'un cas donné, l'inefficacité et même le danger possible de l'intervention, tels sont les arguments que nous faisons valoir contre l'avortement thérapeutique dans les récidives de tuberculose locale de moyenne gravité.

II. *Mais, en formulant bien les indications, pourrait-on utiliser cette intervention au début de la gestation, AVANT LE MOINDRE REVEIL, dans certains cas très limités?*

Sans doute, nous ne toucherons pas aux gestations survenant chez une femme, antérieurement atteinte de tuberculose ganglionnaire ou cutanée, ou de tuberculose ostéo-articulaire peu grave, et guérie depuis longtemps. Nous avons vu la rareté et la bénignité quasi-constantes des récidives dans ces cas.

Mais il y a d'autres circonstances, où on peut grouper les éléments du plus sombre pronostic.

Si une gestation survenait chez une femme atteinte d'une tuberculose ostéo-articulaire grave, à localisations multiples, à peine guérie depuis quelques mois, présentant des poumons suspects, dont l'état général est plutôt déficient, alors, nous agiterions la question de l'avortement.

Chacun, à notre avis, est libre de la résoudre dans le sens qu'il croira le meilleur. Si on se résout à l'intervention, il semble que celle-ci doive être pratiquée précocement.

Par analogie avec ce qui se passe en cas de tuberculose pulmonaire, il nous semble sage d'adopter la règle admise par tous de ne jamais interrompre des gestations de plus de trois mois.

Conclusion :

Le traitement obstétrical ne peut être envisagé que d'une façon exceptionnelle.

a) Il consistera, si l'enfant est viable, en une césarienne pratiquée en cas de généralisation : granulie ou méningite, dont l'évolution menaçant la santé du fœtus nécessite son extraction rapide.

b) L'avortement thérapeutique, si tant est qu'il trouve ici quelquefois des indications, ne peut constituer qu'une méthode de très rare exception.

CONCLUSIONS :

1° Les tuberculoses osseuses, ganglionnaires et cutanées, ne surviennent primitivement au cours de la gestation, que d'une façon absolument exceptionnelle ; elles peuvent évoluer de la façon la plus bénigne, comme avec la dernière gravité.

2° Les malades atteintes antérieurement de tuberculose osseuse, ganglionnaire et cutanée, dont l'évolution s'est arrêtée avant la gestation, ne font que rarement des accidents.

Quand ils se produisent, ceux-ci peuvent être :

Une reprise locale de l'affection primitive (cas le plus fréquent).

Une extension viscérale de la tuberculose (cas extrêmement rare, s'il n'y a pas de tuberculose viscérale primitive).

Une généralisation mortelle (généralement précédée d'une reprise des accidents locaux).

3° Les éléments de pronostic permettant de prévoir une éventualité fâcheuse sont :

a) La gravité de l'atteinte primitive ; la multiplicité des foyers.

b) La brièveté du temps écoulé entre la guérison de cette atteinte, et la gestation immédiatement suivante.

c) La présence de lésions viscérales, pulmonaires surtout.

d) Le cas échéant, et très secondairement, la façon médiocre ou mauvaise dont une ou plusieurs gestations intermédiaires ont été supportées.

e) Dans une faible mesure, le mauvais état général.

4° La thérapeutique sera avant tout médicale et chirurgicale, adaptée à l'affection en cause.

L'avortement thérapeutique ne pourra être discuté que dans des cas très rares, en présence d'une gestation, apparaissant chez une femme où se trouvent réunis au maximum tous les éléments d'un mauvais pronostic, et dont la ou les lésions n'ont encore présenté aucune aggravation ; le cas échéant, on ne le pratiquera que si la gestation ne dépasse pas trois mois.

En présence d'une généralisation (granulie ou méningite) il convient, dès que le diagnostic est posé, de pratiquer, si l'enfan test ou paraît viable, l'opération césarienne, sous anesthésie localisée.

Vu le doyen : *Vu le président :*

ROGER. COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.